
根据《健康保险流通与责任法案》的规定，您有权要求对我们共享您的健康信息的方式进行统计。Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan (简称为"Health Plan") 将告诉您我们与谁共享您的信息、何时和为何共享，以及我们共享了哪些健康信息。

不必告诉您我们向您或帮助照顾您的其他人提供的信息，或您允许我们共享的信息。我们也不必告诉您我们为安排您的治疗、索赔付款或健康护理手术而共享的信息。有关这些活动的说明，请阅读《隐私政策通知》。如果您需要一份《隐私政策通知》副本，请致电 **1-209-942-6320** 联系会员服务部，或访问我们的网站 **www.hpsj-mvhp.org**。

您必须完整填写本表格。表格填妥后，您可以将其邮寄或送往以下地址：

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan
7751 South Manthey Road
French Camp, CA 95231-9802

您也可以将表格传真至：**1-209-461-2550**，或通过安全电子邮件发送至 Health Plan.

请告诉我们您想要哪个周期的统计信息？（请注意，该周期不能超过六年，也不能包括 2003 年 4 月 14 日之前的日期。）

披露统计申请

Indique el período del cual quiere un informe. (Nota: El período no puede exceder los 6 años y no puede incluir fechas anteriores al 14 de abril de 2003).

开始日期 (月 日 年):

结束日期 (月 日 年):

如果 Health Plan 接受了您的申请，我们将在收到您的申请 60 天内向您提供统计信息。如果需要更多时间，我们将通知您。如果 Health Plan 必须拒绝您的申请，我们将在收到您的申请后 60 天内通知您拒绝原因。

您可以每 12 个月免费获得一次统计信息。如需更多统计信息，Health Plan 可能会向您收取打印和邮寄的费用。打印件每页的费用为 0.25 美分。邮费取决于邮寄的页数。如果您需要更多统计信息，您是否同意支付这些费用？

是 否

会员的正楷书写姓名:

Health Plan ID 编号:

电话号码:

会员或个人代表的签名

日期

备注：如果您是会员的个人代表，请告诉我们您与该会员的关系：

与该成员的关系

您可能需要向我们出示您的合法许可证明，才能接收我们共享会员健康信息的方式的统计信息。

如果您对本表格有任何疑问，请致电 **1-209-942-6320** 联系会员服务部。